

INSIGHTS



ΝΙΚΟΣ ΠΟΛΥΖΟΣ / Καθηγητής Διοίκησης και Οργάνωσης Υπηρεσιών **Υγείας**, Τμήμα Ιατρικής, Δ.Π.Θ., Πρόεδρος, Τμήμα Νοσηλευτικής, Δ.Π.Θ.

Προς μια στοχοθετημένη μεταρρύθμιση της δημόσιας υγείας

Είναι ευρέως γνωστό ότι τα συστήματα υγείας στη μεταπο-
δημική εποχή αντιμετωπίζουν νέα προβλήματα και νέες
προκλήσεις. Οι προσδιοριστικοί παράγοντες (factors) της υγείας
διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο σε αυτό.

Το δημογραφικό, με τη ραγδαία μείωση του πληθυσμού κυρίως
λόγω των μειούμενων γεννήσεων, δεν δημιουργεί ευνοϊκές
συνθήκες βιωσιμότητας (sustainability) στην κοινωνική ασφάλιση
της υγείας, αυξάνοντας τις ιδιωτικές δαπάνες της, ιδιαίτερα
στη χώρα μας. Ο ρυθμός οικονομικής ανάπτυξης και οι εισο-
δηματικές ανισότητες το επιτείνουν. Η κλιματική αλλαγή και
οι περιβαλλοντικές συνθήκες δημιουργούν νέες ανάγκες στην
υγεία. Το επιδημιολογικό φορτίο επιβαρύνθηκε στην πανδημία,
με τη θνησιμότητα και τη νοσηρότητα να μην υποχωρούν έκτοτε
σημαντικά, εξαιτίας κυρίως των χρόνιων νόσων. Αυτό φαίνεται
από τα συνολικά στοιχεία, αλλά χρειά-
ζονται δείκτες που να το αποδεικνύουν.
Είναι πια ανάγκη να «μετρήσουμε» τις ανά-
γκες των πολιτών για να ανταποκριθούμε
σε αυτές. Είναι σημαντική υπόθεση να
έχουμε μια ετήσια έκθεση των ανωτέρω
παραγόντων για τον πληθυσμό, η οποία
θα κατατίθεται από το **Υπουργείο Υγείας**
στη Βουλή μαζί με τον προϋπολογισμό. Οι
ανικανοποίητες ανάγκες υγείας (υπολογί-
ζονται στο 1/5) θα πρέπει να προσδιορι-
στούν και να αντιμετωπιστούν με σχέδιο
από το ΕΣΥ και όχι μόνο με διάλογο στα
ΜΜΕ. Τα ποσοτικά στοιχεία του ΕΟΠΥΥ,
του ΕΣΥ, των φαρμάκων κ.ά. θα πρέπει
να δημοσιεύονται περιοδικά, ώστε να μην
αποτελούν στοιχείο βραχυπρόθεσμης

πολιτικής. Και βεβαίως είναι η ώρα για ποιοτικούς δείκτες, που
θα συμφωνηθούν, με στόχο τη βελτίωση της απόδοσης και τη
διερεύνηση της ανθεκτικότητας (performance and resilience).

Οι απαιτούμενες αλλαγές στο Εθνικό Σύστημα **Υγείας**

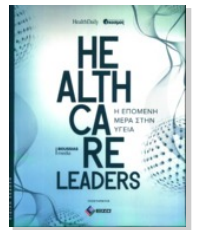
Πέρασαν πια πάνω από 40 έτη από τη μεγαλύτερη μεταρ-
ρύθμιση στο σύστημα υγείας της μεταπολίτευσης. Αυτή
ολοκληρώθηκε π.χ. με τα ΠεΣυ(Π), που κατόπιν έγιναν ΔΥΠε,
πριν 20 και πλέον έτη, τον ΕΟΠΥΥ προ 10 και πλέον ετών και
με τον προσωπικό γιατρό και τα προληπτικά προγράμματα,
προσφάτως. Στο φάρμακο μπήκαν κανόνες. Ο ψηφιακός
μετασχηματισμός προχώρησε. Είναι απαραίτητο –στον υπο-

λειπόμενο έως τις εκλογές χρόνο ή στον
πολιτικό διάλογο γι' αυτές και μετά από
αυτές– να προταθεί και να υλοποιηθεί
μια συνολική μεταρρύθμιση για τη βιωσι-
μότητα, την ανθεκτικότητα, την απόδοση
και την ποιότητα του συστήματος υγείας,
τόσο για τους πολίτες-ασθενείς όσο και
για τους επαγγελματίες υγείας.

Προτάσεις

**1. Δημόσια και κοινωνική χρηματοδό-
τηση άνω του 6% του ΑΕΠ**, συνολικά
διαχειριζόμενη από τον ΕΟΠΥΥ, ο
οποίος συνάπτει συμβάσεις με παρό-
χους, βάσει ποσοτικών και ποιοτικών
κριτηρίων, για να ακολουθήσουν και
οι αποζημιώσεις.

**Δεν μπορεί μια μεσαία
χειρουργική επέμβαση
να αμείβεται
στη Γερμανία προς
5 χιλιάδες ευρώ,
ενώ στη χώρα μας
προς 3 χιλιάδες ευρώ
σε απογευματινό
χειρουργείο και προς
7 χιλιάδες ευρώ
στον ιδιωτικό τομέα**



2. Ιδιωτική χρηματοδότηση κάτω του 3% του ΑΕΠ, με έλεγχο των αρμόδιων οργάνων του Κράτους, τόσο στα ασφαλιστικά συμβόλαια (ευθύνη των υπουργείων Οικονομικών και Ασφαλίσεων) όσο και στους παρόχους, στις παροχές και στις ανάλογες αποζημιώσεις (ευθύνη του **υπουργείου Υγείας**). Όλα αυτά πρέπει να αντιστοιχίζονται με το ΕΣΥ και τις διεθνείς πρακτικές από τον ΕΟΠΥΥ. Για παράδειγμα, δεν μπορεί μια ετήσια ασφάλιση υγείας να είναι 1.000 ευρώ στον ΕΟΠΥΥ και 2.000 ευρώ σε μια ιδιωτική εταιρεία. Αντιστοίχως, δεν μπορεί μια μεσαία χειρουργική επέμβαση να αμείβεται στη Γερμανία προς 5 χιλιάδες ευρώ, ενώ στη χώρα μας προς 3 χιλιάδες ευρώ σε απογευματινό χειρουργείο και προς 7 χιλιάδες ευρώ στον ιδιωτικό τομέα. Αυτά πρέπει να εξομαλυνθούν άμεσα.

3. Πλήρης σύνδεση του υποσυστήματος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας **Υγείας και της πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης της Δημόσιας **Υγείας****, με τομείς αντίστοιχους των Δήμων. Επικεφαλής στην εποπτεία θα είναι κάθε Κέντρο **Υγείας** που γνωρίζει τους συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ γιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας και θα τους συντονίζει επιστημονικά και όχι διοικητικά, όπως συμβαίνει ακόμα και στην Κύπρο.

4. Νέο μοντέλο διασυνδέσεων των περιφερειακών (20+), νομαρχιακών (50+) και βασικών (50+) νοσοκομείων, που θα

λειτουργούν ως περιφερειακά συγκροτήματα, καλύπτοντας όλες τις ανάγκες και ειδικότητες, για να μειωθούν και οι διαπεριφερειακές και άλλες ροές. Γι' αυτό, όπως και για το προηγούμενο, χρειάζεται ένας νέος «χάρτης», αξιοποιώντας το προ 15ετίας παράδειγμα που μάλλον ακυρώθηκε από έλλειψη βούλησης.

5. Συνεχώς μετρούμενες, αξιολογούμενες και προσαρμοζόμενες πολιτικές φαρμάκου που θα έχουν στόχο να αναστρέψουν την κατανάλωση και την αξία. Το 2024 επανήλθαμε στα προ 15ετίας (2009) δεδομένα, τα οποία οδήγησαν στην κρίση. Μέτρα όπως το clawback δεν αποτελούν λύση. Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση και η διαπραγμάτευση είναι λύσεις.

6. Στο ανθρώπινο δυναμικό του τομέα υγείας πρέπει να τεθεί το θέμα της συνολικής ανάπτυξής του, με τη συνεργασία των υπουργείων Παιδείας και **Υγείας**. Εδώ επίσης χρειάζονται επίσημοι δείκτες σχετικά με τι παράγουμε και τι απασχολούμε κάθε χρόνο, για να ισορροπήσει η προσφορά-παραγωγή με τη ζήτηση-απασχόληση.

7. Τέλος, όσον αφορά τα νέα ψηφιακά εργαλεία, που έχουν διαχρονικά υποστηριχθεί, **θα πρέπει να αναπτυχθούν** έτσι ώστε να δίνουν αποτελέσματα σε όσα αναφέρθηκαν παραπάνω και να υπάρξει συγκεκριμένο σχέδιο για το μέλλον.

